

تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر تسکین درد و مشکلات روانشناختی در زنان مبتلابه سرطان سینه

مریم صیدی^۱، کیوان کاکابرابی^{۲*}، مهسا صیدی^۳

^۱؟؟؟، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، کرمانشاه، ایران

^۲گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در بین زنان در سراسر دنیاست و علاوه بر آسیب جسمانی، آسیب روانی و اجتماعی بسیاری را به دنبال دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر بهبود درد و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در میان زنان مبتلابه سرطان سینه تحت درمان انجام شد. بدین منظور ۵۰ نفر از زنان مبتلابه سرطان سینه که تحت درمان بودند به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری (کنترل و آزمایش) تقسیم شدند و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامه DASS-42، مقیاس شدت درد و پرسش‌نامه چندوجهی درد پاسخ دادند. یافته‌های به‌دست‌آمده از آزمون‌های t و تحلیل واریانس نشان داد که مداخله انجام‌شده بر نمره آزمودنی‌ها تأثیر معناداری داشته است؛ ضرایب ایتا به‌دست‌آمده حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به ترتیب بر شدت درد (۰/۸۱)، استرس (۰/۷۵)، اضطراب (۰/۶۵) و افسردگی (۰/۶۴) آزمودنی‌های گروه آزمایش مؤثر بوده است. به‌طور کلی می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که MBCT تأثیر معناداری بر تسکین درد، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه دارد.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن؛ افسردگی؛ اضطراب؛ استرس؛ سرطان سینه

مقدمه

مرور شواهد پژوهشی حاکی از سطح سلامت جسمانی در سالهای اخیر نشان می‌دهد که بیماری‌های خاص گریبانگیر بخش وسیعی از جامعه شده است و آنچنان که مشهود است ابتلا به بیماری‌های خاص علاوه بر صدمات و آسیب‌های جسمی تا حد زیادی جنبه‌های روانی مبتلایان را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد؛ طبق تحقیقات انجام شده آسیب‌های روانی ناشی از بروز بیماری صعب‌العلاج به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر روند بیماری و درمان آن تأثیر گذار است (دونهایور و همکاران، ۲۰۰۹؛ دوبک و وینتراستون، ۲۰۱۳؛ گیس دیویس و همکاران، ۲۰۱۱؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ سروش و همکاران، ۱۳۹۳).

یکی از شاخه‌های تنومند بیماری‌های صعب‌العلاج، سرطان (cancer) است، سرطان مهلکه‌ایست که تعداد زیادی از آن‌ها گریخته‌اند و سلامت خود را باز یافته‌اند و همین‌طور تعداد زیادی را هم به کام مرگ کشانده است، همین‌وجود تضاد امیدواری بر ناامیدی در شخص مبتلا به سرطان بار روانی منفی به همراه دارد و این موقعیت غیر قابل پیش‌بینی شخص را دچار تنش و اضطراب شدید می‌کند؛ به‌طوریکه مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، بطور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (ملکیان و همکاران، ۱۳۸۶؛ پیرل، ۲۰۰۴). در نتیجه بررسی مسائل روانی و هیجانی در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان بسیار مهم و قابل‌تأمل است. در میان انواع مختلف سرطان، سرطان سینه^۱ شایع‌ترین سرطان در زنان است (کرمی بناری، ۱۳۹۰؛ نقل از زارعیان و رحمتی، ۱۳۹۳) سالانه حدود یک میلیون نفر بیمار مبتلا به سرطان سینه در جهان شناسایی میشوند (کان، ۲۰۰۶). تشخیص سرطان سینه برای بسیاری از زنان واقعه‌ای مصیبت‌بار و ترسناک تلقی می‌شود (کولدون و همکاران، ۲۰۰۲). آکچی، ناکانو و اوکارو (۲۰۰۷) بیان می‌دارند تشخیص این بیماری کیفیت زندگی آنان را متاثر می‌سازد (نقل از بیرامی و همکاران ۱۳۹۳) انجام درمان‌های سخت همچون عمل جراحی و شیمی‌درمانی که هر یک با

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: keivan_k76@yahoo.com

عوارض جانبی خاصی همراه است، این عوارض روانی را تشدید میکند و گاهی تا سالها پس از درمان باقی میماند و باعث کاهش کیفیت زندگی در این بیماران میشود (علوی و منایی، ۱۳۸۸). فراوان ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران، طبق مطالعات، اختلال انطباق دارای زیر گروه های عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است (مسی، ۲۰۰۴؛ اکچی و همکاران، ۲۰۰۱؛ پیرل، ۲۰۰۴). سایر مطالعات نیز نشان داده اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبانگیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است (استارک و همکاران، ۲۰۰۲؛ نقل از ملکیان و همکاران، ۱۳۸۶). از سوی دیگر علاوه بر اضطراب و افسردگی، فرد به واسطه ناتوانی در انجام کارهای شخصی و حرفه ای و ایفای نقش های مختلف مثل نقش مادری و همسری دچار احساس درماندگی، عدم اعتماد به نفس و بی کفایتی می شود و بدین صورت است که خود پنداره شخص خدشه دار می گردد.

با توجه به اینکه رویکرد شناختی رفتاری مشکلات محیطی را تنها عامل بروز احساسات منفی و اختلالات روانی نمی داند و طبق این رویکرد نوع نگرش و شناخت فرد نسبت به پیرامون و محرک های محیطی عوامل اصلی تعیین کننده میزان اضطراب یا تنش و افسردگی است، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۱ (MBCT) یکی از درمان های روان شناختی است که در این زمینه اثر بخش است، حضور ذهن نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل می گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است و در زمان حال، توجه به تفکرات و احساسات لحظه به لحظه و بدون قضاوت صورت می گیرد (کابات زین، ۱۹۹۴). این درمان یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است که از روی مدل کاهش استرس کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (کنگ، اسموسکی و رایبیز، ۲۰۱۱). با استفاده از این رویکرد می توان به وسیله ی تغییر نگرش بیمار نسبت به رنج ایجاد شده، میزان سطح تنش و اضطراب فرد را تا حد چشمگیری کاهش داد؛ شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و مراقبه نگرش مثبت تری برای کنترل رویدادهای ناخوشایند فراهم می کنند. هدف اصلی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن آن است که بیمار از طریق پایش خودآیند، از اثرات فعالیت مجدد ذهنیت آگاهی یابد و همچنین بواسطه ی انجام تمرین های مکرر با جهت دهی هدفمند توجه به یک موضوع (مثلا جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس های بدنی خود بنشیند. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانان و تجربه ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند (براون و کاسر، ۲۰۰۵). بنابراین حضور ذهن افراد را قادر می سازد به موقعیت ها با تفکر پاسخ دهند و تکانشی^۲ عمل نکنند. ریان و دسی نشان دادند که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می کند (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۸۹). پژوهشگران نشان داده اند که افزایش حضور ذهن با کاهش درد (کابات زین، ۲۰۰۳)، اضطراب (کابات زین، ماسیون، کریستلر، پترسون، فلچر، پیرت و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از امید، محمدخانی، دولتشاهی و پورشهپاز، ۱۳۸۷)، افسردگی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از امید و همکاران، ۱۳۸۷) و استرس (اسپکا، کارلسون، گودی و آنجن، ۲۰۰۰؛ به نقل از امید و همکاران، ۱۳۸۷) ارتباط دارد. هم چنین چندین مطالعه نیز نشان داده اند که میزان تحمل درد به دنبال تمرین حضور ذهن افزایش می یابد و باعث بهبود فعالیت های جسمانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می شود (مک گریکن، ولوز و اکلستون، ۲۰۰۵؛ کینگستون، چادویک، مرون و اسکینر، ۲۰۰۷). باتوجه به گستردگی شیوع سرطان سینه در اقشار مختلف جامعه و همچنین با در نظر گرفتن آسیب های احتمالی وارده بر ایفای نقش زنان در خانواده و اجتماع، بر آن شدیم که میزان تأثیر این شیوه درمان را بر فرایند بهبود، درمان، تسکین، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار دهیم. امید است پژوهش انجام شده در راستای بالا بردن سطح سلامت روان مبتلایان به این بیماری شایع و روند درمانشان ثمر بخش واقع گردد.

روش

شرکت کنندگان

جامعه آماری این پژوهش را با توجه به هدف آن، کلیه زنان ساکن شهر کرمانشاه که در زمستان سال ۱۳۹۵ بر اساس معاینه و تشخیص بالینی توسط پزشک متخصص مبتلا به سرطان سینه شناخته شده اند، تشکیل می دهند. به منظور انتخاب نمونه مورد پژوهش از طریق درج اطلاعاتی در مراکز پزشکی، از زنانی که بر اساس معاینه و تشخیص پزشک متخصص مبتلا به سرطان سینه بودند، جهت همکاری در پژوهش

1. Mindfulness Based on Cognitive Therapy
2. Impulsive

دعوت شدند. از بین کسانی که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند و بر اساس ملاک های ورود، واجد شرایط ورود به نمونه بودند، ۵۰ نفر را به تصادف انتخاب کرده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به نمونه عبارت بودند از: حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۶۰ سال، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانی و ویژگی های سایکوز، عدم دریافت سایر درمان های روانشناختی حداقل در سه ماهه اخیر. ملاک های خروج (حذف) از نمونه نیز به شرح ذیل است: عدم توانایی یا عدم تمایل فرد برای شرکت در جلسات، داشتن رفتارهای ضد اجتماعی یا سوء رفتار با سایر اعضای گروه که منجر به برهم خوردن نظم گروه شود. سوء مصرف مواد یا الکل، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات گروه. پژوهش حاضر، یک طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل است.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42)؛ پرسش نامه DASS-42 یک پرسش نامه استاندارد است که توسط لویباند و لویباند (۱۹۹۵) برای اندازه گیری همزمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس افراد ساخته شده است (لویباند، ۱۹۹۵؛ به نقل از شفیعی، بابایی و نظری، ۱۳۹۲). مطالعات مختلف نشان داده اند که خرده مقیاس های DASS، دارای ویژگی های روانسنجی مطلوب است. در این مقیاس هر یک از سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس با ۱۴ عبارت مورد ارزیابی قرار می گیرد و شرکت کننده هر یک از این عبارات را با توجه به وضعیتی که در طول هفته گذشته داشته است، با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (صفر تا سه) درجه بندی می کند. در یک مطالعه با جمعیت غیر بالینی، ضرایب همسانی درونی سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰ و در مطالعه ای با جمعیت بالینی، ضرایب همسانی درونی این سه خرده مقیاس، به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۳، گزارش شده است (براون و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه نیز اعتبار سه خرده مقیاس DASS در جمعیت ایران به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۸ به دست آمده است. اعتبار علمی پرسشنامه توسط پژوهشگران بارها تأیید شده است (افضلی، دلاور، برجلی و میرزمانی، ۱۳۸۶).

خرده مقیاس شدت درد پرسش نامه چند وجهی درد: پرسش نامه چندوجهی درد وست هیون - ییل (کرنر و همکاران، ۱۹۸۵)، آزمون چند عاملی است که بر مبنای نظریه شناختی - رفتاری درد (ترک و همکاران، ۱۹۸۳) و نظریه ارزیابی سلامت (ترک و کرنر، ۱۹۸۵) طراحی شده است. این پرسش نامه بر ارزیابی باورهای اختصاصی هر فرد درباره تجربه درد و نیز بر ارزیابی تأثیر درد بر زندگی فرد و واکنش دیگران در قبال تجربه درد وی تأکید می کند (اصغری مقدم، ۱۳۹۰). اعتبار این پرسش نامه نخستین بار در یک نمونه ۱۲۰ نفری از بیماران مبتلا به درد مزمن تأیید شد (کرنر و همکاران، ۱۹۸۵). در پژوهش حاضر از خرده مقیاس شدت درد این پرسش نامه استفاده شده است. کرنر و همکاران (۱۹۸۵) اعتبار عوامل پرسش نامه چند وجهی درد را در حد مطلوبی گزارش کرده اند (ضرایب همسانی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱). در ایران نیز اعتبار این پرسش نامه مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس یافته های اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴). ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های پرسش نامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین عبارات هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ متغیر است.

شیوهی اجرا

پس از انتخاب نمونه از بین جامعه آماری پژوهش، یک جلسه جهت آشنایی و اخذ رضایت کتبی برای شرکت در جلسات برگزار شد. همچنین، در این جلسه شرکت کنندگان پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی، خرده مقیاس شدت درد پرسش نامه چندوجهی درد و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس به طور تصادفی، آن ها را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادیم. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)، به عنوان متغیر مستقل، به مدت ۸ جلسه هفتگی دو تا دو و نیم ساعته برای افراد گروه آزمایش اجرا شد اما گروه کنترل هیچ گونه درمانی را دریافت نکرد. خلاصه محتوای جلسات حضور ذهن به شرح زیر می باشد: (هدایت خودکار؛ رویارویی با موانع؛ حضور ذهن از تنفس؛ ماندن در زمان حال؛ اجازه/ مجوز حضور؛ افکار حقایق نیستند!؛ مراقبت از خود به بهترین شکل؛ به کار گیری آموخته ها). پس از پایان جلسات، شرکت کنندگان هر دو گروه مجدداً به پرسش نامه های مذکور، به عنوان پس آزمون، پاسخ دادند. در پایان با استفاده از نرم افزار SPSS به بررسی های آماری متغیرها در دو قسمت شاخص های توصیفی و استنباطی (آزمون T برای نمونه های مستقل و وابسته و تحلیل واریانس ANOVA) پرداخته شد.

1. Depression Anxiety Stress Scale

نتایج

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد، در دو مرحله پیش آزمون و پس از آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد در دو مرحله پیش آزمون و پس از آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۱۶/۳	۶/۳۱	۷/۳۴۵	۳/۲۹۶
اضطراب	۱۲/۱۰	۵/۴۰۸	۸/۷۶۸	۴/۱۳
استرس	۲۱/۲۱	۶/۷۰۶	۱۰/۷۳۱	۲/۷۲۳
شدت درد	۴/۸۰۲	۱/۰۵۴	۱/۶۷۸	۰/۴۸۹
افسردگی	۱۷/۹۴	۷/۰۱۸	۱۶/۶۱۷	۶/۹۶
اضطراب	۱۳/۱۱	۵/۰۲۴	۱۶/۷۸۱	۴/۹۷۸
استرس	۲۰/۲۲	۶/۴۲۵	۲۱/۷۶۲	۵/۳۲۴
شدت درد	۴/۱۶۴	۱/۰۰۱	۳/۲۵۴	۱/۷۸۶

همان طور که در جدول (۱) مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً یکسان بود، اما در مرحله پس آزمون گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش نسبت به گروه کنترل نمرات پایین تری داشتند. برای مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون گروه های کنترل و آزمایش، آزمون t برای نمونه های مستقل به کار برده شد.

جدول ۲

تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش

نمره	متغیر	t	df	P
افسردگی اضطراب استرس شدت درد	افسردگی	۰/۰۳۴	۴۸	۰/۰۵
	اضطراب	۰/۱۴۸		
	استرس	۰/۳۵۷		
	شدت درد	۰/۴۳۱		
افسردگی اضطراب استرس شدت درد	افسردگی	۲/۸۴۳	۴۸	۰/۰۵
	اضطراب	۴/۱۴۵		
	استرس	۶/۲۱۳		
	شدت درد	۸/۱۰۴		

با توجه به نتایج اجرای آزمون در قسمت اول جدول فوق، تفاوت بین نمرات مقیاس ها در گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون در سطح ۹۵٪ معنادار نیست. لذا دو گروه با هم همتا هستند و هر گونه تفاوت در نتایج نهایی را می بایست بی ارتباط به تفاوت اولیه گروه ها دانست. در قسمت دوم جدول فوق تفاوت بین نتایج پس آزمون گروه کنترل و آزمایش معنادار است و می توان نتیجه گرفت که مداخله انجام شده در گروه آزمایش، موجب تغییرات نمرات افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد در این گروه بوده است. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد در مبتلایان به سرطان سینه مؤثر است. برای مقایسه تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل در مقیاس های افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد، از آزمون t برای نمونه های وابسته استفاده شد. نتایج اجرای این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است:

جدول ۳

تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش				
گروه	متغیر	t	df	P
۱	افسردگی	۱/۵۲۲	۲۴	۰/۰۵
	اضطراب	۱/۴۶۲		
	استرس	۰/۶۳۵		
	شدت درد	۱/۰۷۶		
۲	افسردگی	۷/۴۵۳	۲۴	۰/۰۵
	اضطراب	۳/۷۰۷		
	استرس	۷/۷۹۲		
	شدت درد	۱۰/۰۰۵		

با توجه به جدول فوق نمرات مقیاس های افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد، پس از مداخله در گروه کنترل تغییری نداشته است. این بدان معناست که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح ۹۵٪ وجود ندارد، بنابراین هرگونه تغییر ایجاد شده در گروه آزمایش صرفاً در نتیجه مداخله ایجاد شده است. به منظور بررسی تفاوت نمرات آزمودنی های گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون t برای نمونه های وابسته استفاده شد که نتایج نشان داد که تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش، در سطوح مختلف معنادار است. به منظور انجام ارزیابی های دقیق تر در مورد نتایج حاصل از پس آزمون گروه ها و بررسی میزان تأثیر مداخله صورت گرفته، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج اجرای آن در جدول (۴) ارائه شده است:

جدول ۴

نتایج حاصل از تحلیل واریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل							
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ایتا
افسردگی	بین گروهی	۵۴۷/۶۱	۱	۵۲۷/۵۹	۲۰/۲۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
	خطا	۷۲۸/۷۶	۴۸	۲۶/۲۷۶			
اضطراب	بین گروهی	۴۷۴/۲۵	۱	۴۶۲/۱۱	۲۱/۳۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۶۲۱/۷۵	۴۸	۲۱/۸۳۹۶			
استرس	بین گروهی	۷۴۰/۲۳	۱	۷۲۰/۲۷	۳۸/۳۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
	خطا	۵۴۴/۷۳	۴۸	۱۹/۰۸			
شدت درد	بین گروهی	۲۰/۷۹۴	۱	۲۰/۷۶۵	۶۴/۶۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۹/۰۳۸۹۶	۴۸	۰/۳۴۵			

با توجه به جدول (۴) و F محاسبه شده، بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد و این بدان معناست که مداخله انجام شده بر نمره آزمودنی ها تأثیر معناداری داشته است. ضریب ایتا بیانگر میزان نیرومندی این تأثیر است و با توجه به آن می توان تشخیص داد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به ترتیب بر شدت درد، استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در تسکین درد و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. یافته ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در تسکین درد، اضطراب، استرس و افسردگی تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های انجام شده توسط دون هایر (۲۰۰۹)، علوی و منایی (۱۳۸۸)، کنگ و همکاران (۲۰۱۱)، ملکیان و همکاران (۱۳۸۶) و هافمن و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگ است.

کارور و شیبیر (۱۹۸۱؛ نقل از جهانگیرپور، موسوی، خسروجاوید، سالاری و رضایی، ۱۳۹۲) معتقدند که توجه (مؤلفه مهم حضور ذهن) نقش مهمی در کاهش بیماری‌های بدنی و نشانه‌های ناراحتی دارد. در همین راستا، شوتز، رس، پریس و شوتز (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که حضور ذهن اندک، آغاز فاجعه‌آمیز کردن درد است. در واقع به نظر می‌رسد که درگیری در فرایندهای پردازشی خودکار باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در نتیجه شدت آن را بیشتر برآورد کنند. در صورتی که توجه بدون قضاوت و هدفمند به درد در لحظه حال، مانع از نشخوارهای فکری در مورد آن و بیش برآورد شدت آن می‌شود، بنابراین شدت دردی را که فرد ادراک می‌کند، کاهش می‌دهد.

در این پژوهش سعی شد که بیماران بیاموزند که توجه خود را بدون قضاوت بر زمان حال معطوف کنند و از نشخوارهای فکری در مورد درد و پردازش‌های خودکار بپرهیزند. آن‌ها آموختند که با تمرکز فقط نظاره‌گر درد باشند و واکنشی در مقابل آن از خود بروز ندهند، با درد مبارزه نکرده و یا آن را انکار نکنند، بلکه به همان صورتی که هست پذیرای آن باشند و با آن زندگی کنند. به نظر می‌رسد که صبر و پذیرش که جزء بنیان‌های اصلی حضور ذهن از دیدگاه کابات زین هستند، نقش مهمی در بهبود درد افراد ایفا می‌کنند و نتایج مثبتی را به بار می‌آورند. پذیرش درد و آمادگی برای تغییر، عواطف مثبت را افزایش می‌دهد که منجر به کاهش شدت درد از طریق تأثیر بر سیستم درون‌ریز و تولید شبه‌افیونی درون‌زاد و کاهش ناتوانی ناشی از درد یا آماده کردن افراد برای کاربرد رویکردهای مؤثر در برخورد با درد می‌شود (نقل از معصومیان، شعیری، شمس و مومن زاده، ۱۳۹۲). در نتیجه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن از طریق پذیرش و سپس ایجاد رابطه‌ای جدید با درد و کاهش حساسیت و توجه بیش از حد نسبت به درد، به کاهش شدت درد و تسکین درد در افراد مبتلا به سرطان سینه کمک می‌کند.

در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که MBCT به دلیل دارا بودن تکنیک‌های ذهن آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در تسکین درد و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس سودمند باشد. البته باید به این نکته توجه شود که تداوم این اثربخشی مستلزم تمرینات مستمر حضور ذهن در همه امور زندگی است و این شیوه باید به سبک زندگی فرد تبدیل شود. بی شک هر پژوهشی با نواقص و کاستی‌هایی مواجه است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم در نظر گرفتن زمانی برای پیگیری نتایج و تغییرات حاصل از مداخله پژوهشی و نمونه کم است. در ادامه با در نظر گرفتن نتایج حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش در نمونه آماری وسیع‌تر صورت گیرد و گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تا شوند.

منابع

- بیرامی، منصور؛ زبالی، شیرین؛ حسین زاده، سولماز؛ اصفهانی، علی و ایمان زاده، وحیده (۱۳۹۳). اثربخشی زوج درمانی انطباق با سرطان سینه بر کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه و همسران آنها. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی*، ۳(۱۲).
- زارعیان، احسان و رحمتی، فروغ (۱۳۹۳). تأثیر تمرین ایروبیکی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵(۱۷).
- سروش، مریم؛ حجازی، الهه؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز و گرانیپایه، لعبت (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانشناختی و امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۷(۴).
- علوی، نسرين السادات؛ منائی و محمد (۱۳۸۸). اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقابله با آن. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۲(۴).
- ملیکان، آزاده؛ علیزاده، احمد و احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۶). افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقابله با آن. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲).
- Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Porock, D.C., McDaniel, R., & Nielsen, P.J. (2006). A meta-analysis of exercise interventions among people treated for cancer. *Support Care in Cancer*, 14, 699-712.
- Danhauer, S. C, Mihalko, S. L., Russell, G. B., Campbell, C. R., Felder, L., Daley, K., & Levine, E. A. (2009). Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study. *Psycho-Oncology*, 18 (4), 360-8.
- Dobek, J., & Winters-Stone, K. (2013). Musculoskeletal changes after 1 year of exercise in breast cancer survivors. *The Journal of Cancer Survivorship*, 8(2), 304-311.
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology*, 29(4), 413-420.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., & et al. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, association and relation to quality of life. *J Clin Oncol*, 20(14), 3137-48.